様式第1号

　　年　　月　　日

（宛先）名 古 屋 市 長

（申請者）

所在地

法人名

代表者職氏名

障害者施設等における検査費用補助金交付申請書

　標記について、下記のとおり補助金が交付されるよう、障害者施設等における検査費用補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1　事業所名

（事業所番号及びサービス種別）

2 申請要件（※該当に〇をつけてください。）

当該対象施設で感染者発生　・　 同一建物内の併設事業所で感染者発生

3　交付申請額（下記4(1)～(3) の合計　※1,000円未満は切り捨て）

　　　金　　　　　　　　　　　円

4　申請額内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 単価(上限10,000円) | 件数 | 計 |
| (1) ＰＣＲ検査 | 　　　　　円 | 　　件 | 　　　　　　円 |
| (2) 抗原定量検査 | 　　　　　円 | 　　件 | 　　　　　　円 |
| (3) 抗原定性検査 | 　　　　　円 | 　　件 | 　　　　　　円 |

5　振　込　先（振込先口座は申請者の口座としてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 口座振替登録番号（本市へ口座登録した番号）※数字9ケタ |  |

6　申請事業所　担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 電話番号 | FAX番号 | メールアドレス |
|  |  |  |  |

7　補助金額（ **名 古 屋 市 記 載 欄** ）

　　　金　　　　　　　　　　　円

＊必要に応じて行や別紙を追加、添付してください。